

INSCRIPCIÓN - Programa de Bienestar Estudiantil ThriveKids

Visite chnola.org/thrivekids/enrollment para ver el formulario en línea y las traducciones

El programa de bienestar estudiantil ThriveKids del Hospital Children's Nueva Orleans ("CHNOLA ThriveKids") se asocia con su escuela para apoyar la salud de los estudiantes y mantenerlos en clase. La inscripción de su estudiante en este programa autoriza a los profesionales médicos de CHNOLA a:

- Optimizar la salud del estudiante revisando los registros de eventos médicos dentro o fuera de la escuela,
- Hacer sugerencias sobre los recursos que podrían ayudar al alumno/a,
- Comunicarse con la enfermera de la escuela, los profesionales de la salud mental u otros representantes del distrito escolar, según corresponda, acerca de la salud del estudiante con el fin de coordinar la atención dentro del entorno escolar y hospitalario en la medida en que sea necesario según las circunstancias

Este formulario de inscripción:

- No es un consentimiento para tratar su hijo/a
- No tiene NINGUN COSTO para su familia



CHNOLA ThriveKids reconoce que el acceso a los servicios médicos y de salud mental para los estudiantes promueve y protege la salud y el bienestar del cuerpo estudiantil de una escuela y proporcionar ese acceso es consistente con la misión caritativa de CHNOLA y su propósito de exención de impuestos.

AUTORIZACIÓN

Reconozco que los registros médicos de mi hijo/a son confidenciales y que sólo pueden acceder a ellos las personas autorizadas. Por lo tanto, autorizo a CHNOLA a intercambiar la información médica del estudiante con la enfermera de la escuela, el profesional de salud mental o el trabajador social/consejero de la escuela con el propósito de coordinar la atención de cuidado. Entiendo que CHNOLA hará cualquier divulgación que sea requerida por la ley para cumplir con los requisitos obligatorios de información. CHNOLA puede utilizar los registros de salud de los estudiantes para evaluar la calidad de la atención prestada y la eficacia de estos servicios. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida durante todo el tiempo que mi hijo/a esté inscrito en su escuela actual que está asociada con CHNOLA ThriveKids, a menos que sea revocada por mí. **Puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito de mi intención de revocar a CHNOLA.**

Reconozco que puedo ver las prácticas de privacidad de CHNOLA y los derechos del paciente en los siguientes recursos en línea:

<https://www.chnola.org/patients-visitors/patient-rights-responsibilities/>

<https://www.chnola.org/patients-visitors/notice-of-privacy-practice/>

Entiendo que esta inscripción en ThriveKids puede ser revocada por mí por medio de una notificación por escrita en cualquier momento, comunicando mi deseo de revocar mi consentimiento a CHNOLA. Dicha notificación puede ser proporcionada por correo electrónico a ThriveKids@LCMCHealth.org.

INSCRIPCIÓN - Programa de Bienestar Estudiantil ThriveKids

Visite chnola.org/thrivekids/enrollment para ver el formulario en línea y las traducciones

Al llenar y firmar este formulario, estoy de acuerdo en permitir que CHNOLA y la escuela de mi hijo/a compartan la información relacionada con los registros de salud individuales de mi hijo/a. Entiendo que no tengo ninguna obligación de autorizar este intercambio de información, y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.



Información del Estudiante

Escuela: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección Línea 1: _____

Dirección Línea 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Necesidades del Estudiante ¿Puede ThriveKids ayudarle a explorar los recursos? (Marque todo lo que corresponda)

Médico de Cabecera

Cita con un Especialista

Servicios de
Consejería

Evaluación de Salud Conductual

Transportación

Cobertura de Seguro

Otro: _____

Información de los Padres/Tutores

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el/la Paciente: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____

Firma del Paciente/Tutor: _____ **Fecha:** _____